5.

Dr. PEDRO CHUTRO

UN CASO DE HIDATIDOSIS

DE LOS

MÚSCULOS ESPINALES

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁG. 5, 1911





BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1911

UN CASO DE HIDATIDOSIS DE LOS MÚSCULOS ESPINALES

Dr. PEDRO CHUTRO

UN CASO DE HIDATIDOSIS

DE LOS

MÚSCULOS ESPINALES

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁG. 5, 1911



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1911

UN CASO DE HIDATIDOSIS DE LOS MÚSCULOS ESPINALES

POR EL DR. PEDRO CHUTRO
Profesor suplente de Medicina operatoría
Cirujano del Hospital Teodoro Alvarez

Puede decirse que no hay sitio en el cuerpo humano donde los hidátides no hayan hecho su aparición.

Las localizaciones frecuentes en el hígado, pulmón, peritoneo, cerebro, etc., han hecho que estas lesiones entren en los capítulos más vulgarizados de la patología.

El caso que voy á mencionar en seguida pertenece á la categoría de las localizaciones raras; pocos casos podrán semejársele por el sitio, tamaño y forma de su desarrollo.

Además debo decir que este enfermo fué operado sin un diagnóstico preciso, porque me fué imposible encuadrarlo dentro de ninguno de los capítulos de la patología.

Esta falta de diagnóstico debió llevarnos al diagnóstico y si eso no sucedió fué simplemente por no haber pensado en él.

Es indudable que en nuestro país, cuando un tumor de larga evolución y con caracteres de benignidad, no encuadra dentro de la sintomatología de los otros tumores, hay que pensar en quiste hidatídico; es el mejor camino para acercarse á la verdad.

La historia clínica del enfermo es la siguiente:

Domingo O., italiano, 42 años. Ingresa á la sala I del hospital Teodoro Alvarez, el 20 de Noviembre de 1910.

Tiene seis años de residencia en el campo. No recuerda padecimientos anteriores y aún los datos que da respecto á su enfermedad actual son muy confusos.

Hace unos cuatro años por vez primera, tuvo un fuerte dolor de cintura, el que se presentó bruscamente y agudo; instintivamente llevó la mano al sitio del dolor y notó la existencia de una hinchazón en el lado derecho de la cintura. Dice haberse aplicado ladrillos calientes en la región, pero con esto lo único que consiguió fué aumentar la hinchazón.

A pesar de que la tumefacción fué creciendo, los dolores desaparecieron y el enfermo se entregó de nuevo á las rudas tareas del campo; pero desde hace unos tres meses los dolores han vuelto á presentarse, aunque espaciados y atenuados en su intensidad.

En este momento lo que le preocupa y lo decide á venir al Servicio, es el enorme tamaño que va alcanzando la tumefacción y la debilidad muscular que nota en el dorso. Tiene que dormir siempre sobre el lado izquierdo.

Estado actual.—Sujeto de una excelente constitución física.

Temperatura, normal. Pulso 75 p. m.

Cabeza, cuello, pulmones, corazón y órganos de la cavidad abdominal, de conformación normal; su padecimiento está localizado en el dorso.

Aquí se ve una gran tumefacción que ocupa la gotera vertebral derecha y cuyos límites son los siguientes: por dentro, las apófisis espinosas de las vértebras dorsales y lumbares; por arriba, una curva de concavidad inferior que uniera la apófisis espinosa de la sexta dorsal con el ángulo posterior de la quinta costilla; por abajo un plano que pasara entre la cuarta y quinta lumbar; y por fuera una línea oblicua que viniera del ángulo de la quinta costilla hasta el cartílago de la décima, y de ahí descendiera perpendicularmente hasta el límite inferior.

El tumor, muy alargado, tiene en su conjunto la forma de un semicono de vértice superior truncado y hace una gran saliencia en el dorso. Está muy bien delimitado por sus partes laterales, circunscripto á la gotera costo-vertebral, sin invadir la pared lateral del tórax.

El tumor es indoloro, mate á la percusión, algo blando al tacto, sin que pueda constatarse renitencia.

La piel desliza libremente sobre él, y aún más; da la impresión como si estuviera colocado debajo de la aponeurosis, es decir, en íntima relación con los músculos espinales.

Se notan varias fuertes bridas, transversal ú oblicuamente dirigidas, que hacen tomar al tumor una apariencia de lobulado, como puede verse en las fotografías.

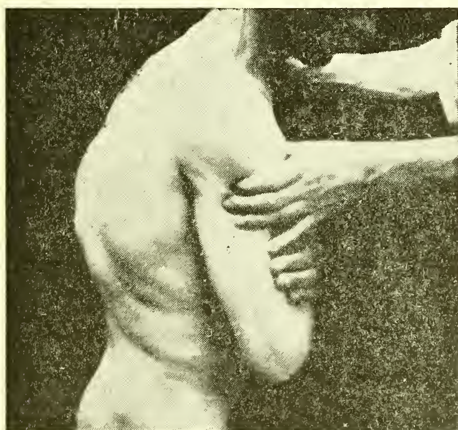


Fig. I

A dos traveses de dedo por debajo de la base del gran tumor y separado de él por una ancha brida transversal, hay otra pequeña saliencia, de forma triangular, de base inferior que reposa sobre la cresta ilíaca.

Corresponde al espacio conocido con el nombre de triángulo de Petit y guarda todas las disposiciones de una hernia de este sitio.

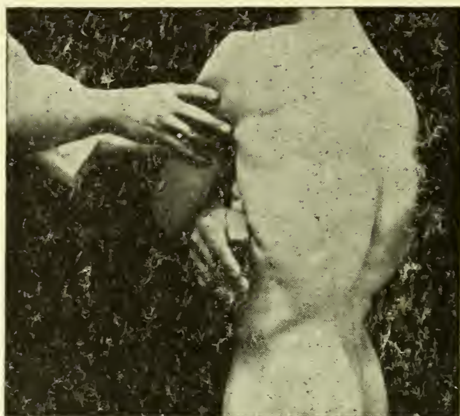


Fig. II

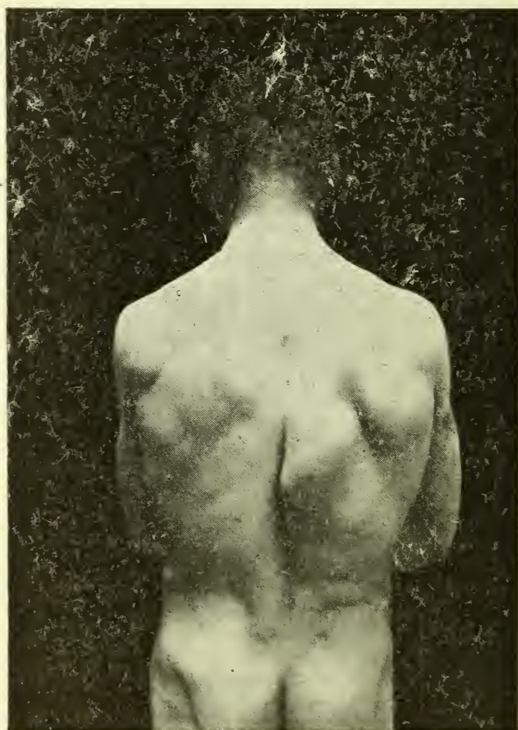


Fig. III

La tumefacción es blanda, mate y se reduce por la presión, quedando entonces un hueco limitado por los bordes de los dos músculos y donde se introducen fácilmenie tres dedos juntos· Una vez que ha cesado la presión, la tumefacción reaparece inmediatamente como si se tratara de una hernia irreductible, debiendo hacer constar, sin embargo, que los esfuerzos la hacen variar muy poco de tamaño.

Además el enfermo presenta una escoliosis con concavidad

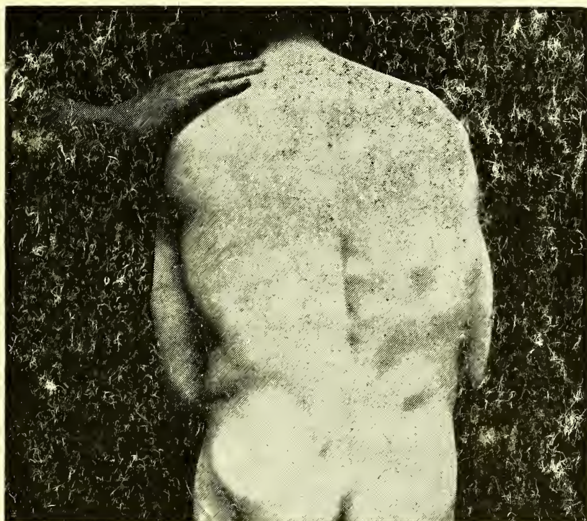


Fig. IV

dorsal hacia la izquierda, ligera rotación y saliencia del omóplato derecho.

Cuatro días antes de entrar al Servicio estuvo en otro hospital donde le hicieron una punción del tumor sin conseguir extraer nada, según refiere el paciente.

La opinión más seductora para mí fué la de que se trataba de un lipoma, bien encapsulado y acompañado de una hernia grasosa del triángulo de Petit.

Se le propone al sujeto una intervención, llevando como plan

el hacer una incisión exploradora para certificar un diagnóstico y terminar con una operación completa si fuera posible.

1º de Diciembre.—Operación, doctor Chutro. Anestesia clorofórmica.

Dos capas de tintura de iodo á la piel del dorso, que ha sido bañado el día anterior.

Gran incisión vertical que comienza en el ángulo posterior de la cuarta costilla y pasando por el triángulo de Petit desciende hasta 5 cent. debajo de la cresta ilíaca. Se incinde la piel, la aponeurosis superficial, el trapecio, gran dorsal, serratos y la aponeurosis intermediaria hasta llegar á los músculos espinales de la masa común.

Abierta esta enorme brecha los músculos espinales hicieron hernia fuera de la herida, guardando siempre la tumefacción, la misma forma que presentaba antes de la incisión. Los músculos aparecen como sanos, sin excesivo desarrollo vascular, con sus tabiques bien conservados al punto que es posible diferenciar el íleo-costal del largo dorsal.

Separando las fibras musculares en uno de los intersticios y á la profundidad de un cent., se distingue una membrana blanquecina, bien adherida al músculo y cuyo aspecto nos es familiar; se constata al mismo tiempo una franca renitencia.

El diagnóstico de quiste hidático se impuso inmediatamente. Se pretende enuclear el quiste conservando los músculos, pero esto es completamente imposible: los músculos en partes habían quedado reducidos á ténues láminas en contraposición con otros puntos donde el espesor era mucho mayor.

Además en el curso de la intervención se constata que no se trata de un quiste único sino que hay una gran cantidad de bolsas, dos de las cuales del tamaño de huevo de avestruz—una colocada encima de la otra—y las otras de menores proporciones, llegando hasta el tamaño de una arbeja. Los quistes pequeños son más ó menos redondeados, en cambio los mayores

son muy irregulares en su forma y se ve que han ido adaptándose á los espacios osteomusculares, al mismo tiempo que sufrían la acción de la contracción muscular. Cada bolsa con escaso contenido líquido, se presenta llena de vesículas hijas.

Con una disección paciente se fueron eliminando los quistes de la mitad superior de la herida, vaciando toda la gotera y conservando todo lo que se puede de los músculos. Al llegar á la extremidad superior de la incisión se encuentran dos divertículos, ambos llenos de pequeñas vesículas hidatídicas.

Uno de ellos, del tamaño de una nuez, está situado entre la cuarta y quinta costillas, inmediatamente por fuera de la tuberosidad de ambas; este quiste ha desgastado las partes blandas de modo tal que en el fondo se encuentra la hoja pleural, que es lo único que lo separa de la cavidad toráxica. Con una cureta se eliminan todas las vesículas.

El otro divertículo se dirige hacia el canal raquídeo, alcanzando el espacio comprendido entre los pedículos de la quinta y sexta vértebra dorsal: la dura madre está sana.

Hecho el vaciamiento de toda esta mitad superior se tapona momentáneamente el gran hueco que queda, llevando la disección á la mitad inferior.

Los dos quistes grandes, más arriba mencionados comunican entre sí por un estrecho canal situado en la cara profunda del músculo ílio-costal, guardando entre los dos la disposición de un reloj de arena.

La bolsa inferior presenta en su parte superior y externa un primer divertículo del tamaño de una mandarina, lleno de vesículas hijas y que se insinúa hasta la cara externa de la 10ª, 11ª y 12ª costillas, sin destruir el intercostal como había sucedido en la parte alta; la disección de este divertículo fué fácil.

Debajo de la 12ª costilla hay otro divertículo, ó fondo de

saco que comunica con el quiste principal por un estrecho orificio. Este fondo de saco, de base inferior, está situado profundamente debajo de la aponeurosis del pequeño oblicuo y hace una gran prominencia en el triángulo de Petit; así se tiene la explicación de que la tumefacción del triángulo de Petit, aparecía como independiente y separada por un surco de la tumefacción principal.

Para vaciar bien este divertículo hubo que seccionar el tendón aponeurótico.

Todos los otros quistes se han desarrollado en el espesor de la masa común, de modo que fué fácil extirparlos sacrificando un poco de substancia muscular. Se vuelve á inspeccionar toda la enorme cavidad y no encontrando más quistes ni vesículas hijas se procede á la toilette de la herida.

Se coloca en la profundidad, dos mechas de Gersuny y un tubo de vidrio; en seguida se aprovechan las franjas de músculos espinales que han quedado desinsertas y flotantes para rellenar toda la cavidad y no dejar espacios muertos; luego se suturan en dos planos los músculos más superficiales y se termina con un tercer plano aponeurótico, suturando por último la piel.

El enfermo ha perdido bastante sangre por lo que siguiendo nuestra práctica habitual, se le hizo una inyección de suero endovenoso de un litro.

Apósito simple, bien algodonado. Medio cent. de morfina.

3 de Diciembre.—El estado post-operatorio no ha ofrecido ninguna novedad; sin temperatura. Se le cambia la primera curación y se le retiran definitivamente las mechas y el tubo. Purgante.

7 de Diciembre.—Se retiran los puntos de sutura; completamente cicatrizado.

La región operada se presenta indolora, al mismo nivel que la del lado opuesto.

18 de Diciembre.—Sale de alta.

Dentro del capítulo de las hidatidosis externas, por así decir, esta es una de las más graves.

Los quistes en estas regiones rara vez se presentan como



Fig. V

una bolsa única, sino que ofrecen una serie de ramificaciones que se extienden en todas direcciones, semejándose á los brotes de una papa.

Además por su volumen y por la acción compresora que ejercen, acaban por destruir los músculos y los demás tejidos que se opongan á su crecimiento.

Este poder destructivo unido á su fuerza de expansión y crecimiento hace que estos quistes puedan abrirse paso hasta caer en la cavidad pleural ó abdominal; pero lo que es mucho más grave, es que se introduzcan dentro del canal raquídeo, porque entonces su extirpación se hace poco menos que imposible á causa de la forma que adquieren y de la rapidez con que proliferan.

En nuestro caso la intervención fué justamente tan oportuna que pudo conjurar estos dos peligros.

Estos son enfermos que hay que vigilarlos durante largo tiempo, porque la lesión puede reproducirse, ya sea por alguna pequeña vesícula que puede haber quedado escondida en uno de los tantos repliegueo; ó sino porque se ha hecho una verdadera siembra con las maniobras operatorias, esto es: una hidatidosis secundaria.

La punción que en este caso fué negativa viene á corroboran una vez más el principio de que: las punciones positivas, afirman; pero las negativas no niegan.
